ITEM 035 : ANOMALIE DU CYCLE MENSTRUEL
ITEM 043 : HÉMORRAGIE GÉNITALE

MENO-METRORRAGIES

Cycle normal : 25-35 jours, menstruations de 3-6 jours (pertes sanguines < 80 mL).
- **Spottings** : pertes fréquentes de faible quantité (gouttes) de sang génital, quasi-quotidiennes.
- **Métrorragie** : saignement d'origine utérine endométriale survenant **en dehors des règles.**
- **Ménorragie** : menstruations abondantes **> 80 mL** et/ou prolongées **> 7 jours** (= score de **Higham > 100**).
- **Ménométrorragies :** associations des deux.

/!**Toute anomalie des règles** (dont les métrorragies) **doit faire rechercher une grossesse.**

PALM COEIN (CLASSIFICATION FIGO : CAUSES PRINCIPALES)

- **P**olype
- **A**dénomyose
- **L**éiomyome (sous muqueuse ou autre)
- **M**alignité et hyperplasie
- **C**oagulopathie
- **O**vulatoire (dysfonction)
- **E**ndométriale (cause)
- **I**atrogénie
- **N**on autrement précisée

ÉTIOLOGIES DES METRORRAGIES (ETIOLOGIES DE MENORRAGIES SOULIGNEES)

Grossesse
- 1er T : GIU évolutive, GEU, GLI, FCS, GIU arrêtée, lyse d'un jumeau, môle hydatiforme.
- 2e T : Hématome placentaire, décollement marginal, placenta bas inséré, causes indéterminées.
- 3e T : HRP, PP, hématome décidual marginal, hémorragie de Benckiser, rupture utérine, cause cervicale.
- Hémorragie du post-partum.
- Causes non spécifiques à la grossesse.

Causes organiques utérines et annexielles
- Adénomyose (douleurs pelviennes).
- Myome utérin (sous muqueux +++, masse pelvienne).
- Polype endométrial.
- Hyperplasie endométriale.
- Cancer de l'endomètre.
- Infection génitale haute (fièvre, douleurs, leucorrhée).
- Tumeurs sécrétantes de l'ovaire.
- MAV.

Maladie de Willebrand

Causes cervicales
- Ectropion.
- Cancer du col de l'utérus.
- Cervicite.

Iatrogénie
- Contraception entraînant une carence œstrogénique.
- Anticoagulant.
- DIU.

Maladies de systèmes
- Hypothyroïdie.
- LES disséminé aigu.
- Insuffisance rénale chronique.
- Insuffisance hépatique.

Fonctionnelles : diagnostic d'élimination
- Métrorragies intermenstruelles au 14e jour du cycle (ovulation).
- Métrorragies prémenstruelles par insuffisance lutéale.
- Métrorragies post-menstruelles par insuffisance œstrogénique en début de cycle.

BILAN

Interrogatoire
- ATCD notamment troubles personnel/familial de l'hémostase, prise de TTT, pathologie utérine…
- **Nombre** de garnitures, caillots, vêtements tachés, circonstances de survenue, antécédents :
  - Métrorragies post ménopausiques = **cancer de l'endomètre** jusqu'à preuve du contraire.
  - Méno-métrorragies **post coïtales** : rechercher une pathologie cervicale (cancer du col, ectropion).
- Score de **Higham** (si ménorragies).

Examen clinique
- **Signes d'anémie :** tachycardie, pâleur, dyspnée, asthénie, vertiges voire douleur thoracique.
- **Signes de choc :** hypotension, malaise, sueurs, extrémités froides, marbrures.
- Examen sous **spéculum** : saignement actif, origine (intra utérin, cervical, vaginal).
- TV : volume, déformations, masse annexielle…

Biologie
- **ßHCG** plasmatiques ou urinaires (pour toute patiente en âge de procréer).
- Hemocue, **NFS, ferritinémie + CRP** (pour l'interprétation d'une hypoferritinémie éventuelle).
- **TP TCA, dosage du facteur de Willebrand** (indication large chez l'adolescente).

Imagerie
- **Échographie pelvienne 1° intention** par voie abdominale et endovaginale : éliminer une cause organique utérines/anexielles, évaluer l'épaisseur du myomètre (++ si femme ménopausée).
- **IRM pelvienne en 2e intention** si :
  - Cancer de l'endomètre ou du col (extension locorégionale).
  - Utérus polymyomateux (cartographie).
  - Kyste ovarien indéterminé ou suspect.
  - Cavité utérine inaccessible en hystéroscopie.
- **Hystéroscopie diagnostique** (en consultation en 1° partie de cycle, si pas de grossesse) si anomalie à l'échographie ou échec de traitement médicamenteux avec échographie normale : visualisation de l'endomètre, recherche de polype/myome.

Histologie
- Biopsie d'endomètre à réaliser si **métrorragies > 45 ans ou FdR de cancer de l'endomètre** :
  - **2 méthodes** : dirigées sous hystéroscopie, ou à l'aveugle à la pipelle de Cornier.
  - Objectif : diagnostic d'un éventuel cancer de l'endomètre/hyperplasie glandulaire atypique.
  - **Attention** : n'élimine pas un cancer avec certitude si normale (++si faite à l'aveugle) : en cas de métrorragies post-ménopausique = hystéroscopie opératoire.
- Biopsie du col utérin : si aspect suspect du col, ou FCU anormal (guidé par la colposcopie).
- NB : Le FCU est faussé par la présence de sang.

TRAITEMENT (RANG B SELON LA FICHE LISA, RANG A SELON LE COLLEGE DE GYNECO)		
	TTT général de l'hémorragie génitale : antifibrinolytique (acide tranexamique), TTT martial PO/IV +/- transfusion. - Si signes de gravité : hospitalisation, pose de 2 VVP, réchauffement, oxygénothérapie, bilan prétransfusionnel. - Si anti-coagulants : dosage & correction INR si surdosage, recherche de cause organique. - Si maladie de Willebrand de type 1 : desmopressine.	
	Polype	Résection sous hystéroscopie +/- endométrectomie en l'absence de désir de grossesse.
	Myomes	**TTT médical :** Aménorrhée induite par : - Progestatifs : 21 j/mois ou en continu, via DIU au lévonorgestrel/pilule OP/macroprogestatif. - Agonistes de la GnRH, à associer à une hormonothérapie de substitution œstroprogestative (add-back thérapie) selon la durée du TTT. **TTT chirurgical** si échec : - Myomes sous-muqueux (FIGO 0,1 ou 2) de diamètre < 3-4 cm : résection hystéroscopique. - Myomes interstitiels (FIGO 3/4) et sous-séreux (FIGO 5/6/7) : DIU progestatif 1° intention, sinon : • Myomectomie par cœlioscopie ou laparotomie (TTT conservateur). • Hystérectomie inter-annexielle (en l'absence de projet de grossesse) avec salpingectomie bilatérale voire annexectomie bilatérale (selon l'âge). • Embolisation utérine possible en l'absence de désir de grossesse.
	Adénomyose	- **DIU progestatif** en 1° intention : meilleure balance bénéfice risque. - TTT hormonal par voie systémique (progestatif, oestroprogestatif, GnRHa). - **Chirurgie** : endométrectomie ou hystérectomie (si échec/refus d'un TTT conservateur sans désir de grossesse).
	Hyperplasie glandulaire sans atypie	- TTT médical : progestatifs PO ou DIU au Lévonorgestrel. - Si échec et pas de désir de grossesse : TTT chirurgical conservateur : endométrectomie (résection de l'endomètre par hystéroscopie).
	Hyperplasie glandulaire atypique	- **En l'absence de** désir de grossesse : hystérectomie totale +/- annexectomie bilatérale. - **Si désir de grossesse** : TTT conservateur par progestatifs/agoniste GnRH ou DIU au lévonorgestrel, contrôle hystéroscopie et biopsie à 6 mois. → Si absence de conception ou à 6 mois du post-partum : hystérectomie totale (risque ADK endomètre).
	MAV	**Embolisation radiologique** : non-délétère sur la fonction ovarienne, préserve la fertilité.
	Ménométrorragies provoquées (post-coïtales)	- Rechercher cancer du col +++, ectropion. - Si masse cervicale au spéculum : biopsie +/- colposcopie.
	Idiopathiques	- **TTT** par contraceptif oral progestatif/œstroprogestatif/DIU lévonorgestrel, voire acide tranexamique (si CI aux TTT hormonaux ou désir de grossesse). - Si pas de désir de grossesse et échec des TTT médicaux : **TTT chir** : endométrectomie par résection hystéroscopique/thermodestruction, hystérectomie (échec des autres TTT).

ANOMALIES DU CYCLE

Cycle normal : 25-35 jours, menstruations de 3-6 jours (pertes sanguines < 80 mL) : témoigne de l'intégrité du système hormonal, gonadique et utérin.
Troubles du cycle : souvent dus à une anovulation/dysovulation : tout trouble du cycle doit être exploré (pas de TTT d'essai).
- **Aménorrhée** : absence de règle chez une femme en période d'activité génitale : primaire (pas de règles >15 ans)/secondaire (arrêt de cycles > 3 mois chez une femme antérieurement réglée).
- **Oligospanioménorrhée** : cycles > 45 j (menstruations peu abondantes en général), peut précéder une aménorrhée 2ndre.
- **Cycles courts** (< 25 j) **ou longs** (35-45 j).
/!**Toute anomalie des règles doit faire rechercher une grossesse.**

ÉTIOL.			
	Les étiologies **d'aménorrhée** primaire et secondaire se recoupent. Les causes ovariennes et hypothalamo-hypophysaires sont similaires. Les causes de **spanioménorrhée** sont soulignées (peut précéder/suivre une aménorrhée secondaire).		
	Causes ovariennes		- **SOPK** : 5-10 % des femmes en âge de procréer, hyperandrogénie, infécondité (cf item 42). - Insuffisance ovarienne prématurée (IOP, cf item 42) : cause iatrogène, génétique (Turner), auto-immune, idiopathique.
	Causes hypothalamo-hypophysaires		- **Aménorrhée hypothalamique fonctionnelle** (AHF, 15 % des aménorrhées) : Dg d'élimination (IRM), contexte d'amaigrissement (TCA, malnutrition), pathologie (insuffisance d'organe, cancer, maladie dig). - **Tumeur/lésion hypothalamo-hypophysaire** (adénome, granulome, hypophysite…) - Hypogonadisme hypogonadotrope **congénital** (+/- anosmie : Syndrome de Kallman) : aménorrhée primaire, impubérisme associé. - Hyperprolactinémie (galactorrhée), acromégalie, Sd de Cushing : aménorrhée secondaire+.
	Causes anatomiques	Aménorrhée primaire	- Absence d'utérus/malformation génitale : **agénésie müllerienne** (Sd de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser) ou **anomalie de la biosynthèse/réceptivité aux androgènes** (Sd d'insensibilité aux androgènes, caryotype 46, XY). - Imperforation hyménéale, fusion des lèvres, cloison vaginale.
		Aménorrhée secondaire	- **Grossesse** (++). - **Synéchies**, sténoses cervicales : antécédents de curetage/révision utérine, accouchement hémorragique, conisation, curiethérapie cervicale…

			→ **Dg** de synéchie : échographie/hystérosalpingographie/hystérosonographie / hystéroscopie. → Rares++ synéchies dues à une tuberculose génitale.
BILAN	Diagnostics les +fréquents : **grossesse, SOPK, hyperprolactinémie, AHF, IOP.**		
	Interrogatoire		Ancienneté des troubles du cycle, caractéristiques, antécédents, fluctuation pondérale/TCA. → Aménorrhées **anatomiques** : douleurs pelviennes cycliques sans menstruations (aménorrhée primaire)/avec antécédents de gestes endo-utérins (secondaire), pas d'impubérisme.
	Examen clinique		- **Poids**/taille/IMC, érythrocyanose des extrémités/lanugo (hypométabolisme). - Signes de **carence oestrogénique** (bouffées vasomotrices, troubles psychiques/du sommeil, sécheresse vaginale, dyspareunie, arthralgies, perte de libido…)**, d'hyperandrogénie** (hirsutisme : score de Ferriman Galwey > 6, acné, alopécie androgénique). - **Galactorrhée**/anomalies mammaires. - Examen OGE : classification **Tanner** (retard pubertaire = âge osseux)/**Prader** (virilisation des OGE). → **Imperforation hyménéale** (0,1%) : évoquée si bombement hyménéal évoquant un hématocolpos (rétention vaginale de la menstruation), ou au TR.
	Test au progestatif		A proposer pour toute aménorrhée sans impubérisme, test indicatif : taux de FP/FN importants. Administration d'un progestatif (dydrogestérone) per os **7-10 jours.** → Test **positif** si métrorragies < 5 jours après l'arrêt : imprégnation oestrogénique suffisante (SOPK ?) → Test **négatif** (pas d'hémorragie de privation) : atrophie endométriale par hypo-oestrogénie (IOP/cause centrale) ou anomalie anatomique de la filière génitale.
	Examens paracliniques		A réaliser au 2e – 5e jours des règles (spontanées/déclenchées par dydrogestérone) si possible. - **Bilan hormonal** : bHCG, FSH, oestradiolémie (E2), prolactine +/- LH. - **Échographie pelvienne** : anomalie de la filière génitale, pathologie ovarienne. → Si FSH/LH/E2 bas : cause **centrale** (hyperprolactinémie/autres). → SI bilan hormonal normal : cause **utéro-vaginale ou SOPK** (apport de l'échographie++). → Si E2 bas et FSH/LH élevées : **IOP.**

SYNDROME PRÉMENSTRUEL (SPM)

Gêne fonctionnelle la plus fréquente (30-40 % des femmes).
Manifestations bénignes variables, cycliques, dans les jours précédant les règles (disparait à leur arrivée).

SF	- Mammaires : **mastodynies** isolées, seins tendus/douloureux. - Abdo-pelviens : **ballonnement** (congestion pelvienne), **troubles du transit**, **prise de poids** transitoire (+3-4 kg max). - Neuro-psychiques : **irritabilité**, anxiété, syndrome dépressif (modéré), **céphalées.** ***Forme psychiatrique de SPM*** *du DSM-IV* : syndromes psychiatriques cycliques invalidants.
PHYSIOPATH	Méconnue, **hyper-œstrogénie** relative (voire absolue) → **hyperperméabilité** capillaire → œdème tissulaire interstitiel : - Mammaire (mastodynies). - Cérébral (céphalées, symptômes neuro-psy) - Abdomino-pelviens (congestion pelvienne, troubles du transit) Autres mécanismes : **perturbation sérotoninergique** due à l'hyperœstrogénie (troubles neuropsy). **+Fréquents à certaines** périodes : - Adolescence : les premiers cycles dysovulatoires favorisent l'hyperœstrogénie. - 1° phase de périménopause : tableau d'hyperstimulation endogène : cycles raccourcis, règles abondantes voire hémorragiques, hyperoestrogénie relative voire absolue. - Majoré en cas de consommation excessive de caféine, nicotine, alcool, sucres rapides.
TTT	- **RHD** : réduction des excitants (café, alcool, nicotine). - Activité physique, techniques de relaxation (yoga, sophrologie). - Port de soutien-gorge adapté avec soutien renforcé. - Si mastodynies isolées cycliques : application locale de **gel de progestérone.** - **Oestroprogestatifs** pour limiter les fluctuations hormonales : contraception monophasique, possiblement en continu, éventuellement POP contenant de la **drospirénone** (action anti-aldostérone modérée). - Plus rarement, en 2de intention : **spironolactone** (si signes œdémateux prédominants), **ISRS** (si trouble dysphorique prémenstruel).